

FAX: 03-3506-7057

平成 20 年度 第 15 回福祉英語検定団体受験申込書

以下にご記入の上、FAX あるいは郵送にて弊協会までご送付ください。

その際、振込みを証明する伝票(ATMの明細書など、コピーでも可)を添付して、

2008年11月14日(金)までに、ご送付またはFAXでご連絡ください。受領後、問題用紙等を郵送いたします。

受験級	金額	人数	小計金額
3級	¥4,000		
4級	¥3,000		
合計金額			¥ 円

受 験 日 2008 年 12 月 日

団 体 名 _____

所 在 地 _____
〒 _____

電 話 _____

F A X _____

ご担当者名 _____ (印)

ご担当者メールアドレス _____

■ ご郵送いただく場合の送付先

〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-4-11 フレンドビル 2F
NPO法人 医療・福祉英語検定協会 (電話 03-3506-7007)

■ お振込口座:

三井住友銀行 赤坂支店 普通預金 No. 8216340
特定非営利活動法人医療・福祉英語検定協会 理事長 宮川藤一郎

受験要綱は人数分コピーしていただき、生徒の方々に配布をお願いいたします。

なお、福祉英語検定試験団体受験申込書と受験者登録書(受験申込者数分)を合わせて**11月14日(金)必着**で協会に送付してください。合格証明書を発行する際に、受験者のデータが必要となりますので、協会指定ファイルでの受験者データも合わせてメールで送付をお願いいたします。

ご請求書にてお支払希望をする団体様は、後日ご請求書を送付させていただきます。

その際は、この用紙にご記入いただきました受験者数に基づいて受験料をご請求申し上げます。